

Recueil de données
Document confidentiel à ne pas diffuser
Lourdes 2026

SECTION :

PERSONNES DE CONTACT

Nom et n° de téléphone:

Famille:

Foyer:

DONNÉES PERSONNELLES

Nom:
Prénom:
Nom d'usage:
Adresse:

Né(e) le: Français
Sexe: Allemand
taille: Italien
poids: Autre

Bref descriptif de l'état général du malade, interaction avec son entourage, degré d'assistance nécessaire :

.....
.....

VOYAGE

Oui **Non**

- Peut monter les escaliers de l'avion
- Chaise roulante personnelle étiquetée (coussin et cale-pied étiquetés)
- Chaise électrique personnelle
- Rollator étiqueté personnel
- Cannes étiquetées personnelles
- Chaise roulante à l'aéroport (assistance au sol)

<input type="checkbox"/> Chaise manuelle	Marque:	Dimensions:	Poids:
<input type="checkbox"/> Chaise électrique personnelle	Marque:	Dimensions:	Poids:
<input type="checkbox"/> Batterie (sèche)	Marque:	Dimensions:	Poids:

Abonnement CFF AG ½ Tarif Aucun abonnement Carte accompagnant gratuite

Aéroport de départ: Genève Zurich Milano Aucun **Aéroport de retour:** Genève Zurich Milano Aucun

ACCUEIL SAINT-FRAI

Oui **Non**

- Matelas anti-escarre
- Barrière droite/gauche
- Verticalisateur avec sangle personnelle
- Élévateur

COMMUNICATION

Oui **Non**

- Autonome pour voir
- Autonome pour entendre
- Autonome pour parler
- Troubles du langage
- Prothèses auditives
- Lunettes
- Autres :

ÉTAT PSYCHIQUE

Oui **Non**

- Orienté dans le temps
- Orienté dans l'espace
- Calme
- Agitation modérée
- Angoisse modérée
- Agressivité modérée
- Troubles de la mémoire
- Autres :

MOBILISATION

Oui **Non**

- Autonome
- Aide pour se lever / se coucher
- Aide pour marcher
- Aide pour les transferts
- Tendance aux chutes
- Tendance aux fugues
- Attelles
- Autres :

HYGIÈNE / HABILLEMENT

Oui Non

- Autonome
- Aide pour se laver
- Toilette complète
- Aide pour s'habiller/déshabiller
- Aide pour se coiffer / se raser
- Prothèses dentaires
- Autres :
.....

ALIMENTATION

Oui Non

- Autonome
- Assistance au repas
- Régime diabétique
- Régime végétarien
- Végan
- Sans gluten
- Autre régime :
.....
- Haché
- Lisse
- Alcool
- Sonde PEG
- Autres :
.....
- Allergies alimentaires :
.....

ÉLIMINATION

Oui Non

- Autonome
- Amener aux WC
- Donner bassin / urinal
- Incontinence / protections
- Sonde vésicale
- Sus-pubienne
- Vider uriflac matin et soir
- Sondage unique
- Urostomie
- Stomie digestive
- Dialyse
- Contrôle transit intestinal
- Autres :
.....

RESPIRATION

Oui Non

- Autonome
- CPAP / nuit
- BIPAP / nuit
- Autres :
.....

NUIT

Oui Non

- Laisser dormir
- Vider bassin / urinal
- amener aux WC
- Changer les protections
- Changer de position
- Coussin de position

NUIT (SUITE)

Oui Non

- Installation particulière :
.....
- Barrière droite / gauche
- Enlever les prothèses
- Autres :
.....

MÉDICAMENTS

Dans un semainier nominatif, dans les blisters, sauf les préparations faites en pharmacie.

Liste des médicaments OBLIGATOIRE.

- Gère seul
- Géré par l'infirmière

AUTRES TRAITEMENTS

Oui Non

- Anticoagulant
- Antiépileptique
- Allergies :
.....
- Pansements :
.....
- Douleur(s) :
.....
- Divers :
.....

Oui Non

- Injection insuline s/c
- Pompe

Oui Non

- Chambre implantable
- Shunt (artério-veineux)

Lieu et date :

Signature :

Veuillez joindre à ce document une copie recto-verso de la pièce d'identité valable du malade

A renvoyer au plus tard le 24 février 2026
à lourdes@shoms.ch